

نقش میانجی گری سازگاری زناشویی در رابطه ی استرس مرتبط با ناباروری و پریشانی هیجانی در زنان نابارور مراجعه کننده به کلینیک ناباروری

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۳/۲۶ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۱۳

خلاصه

مقدمه

این پژوهش با هدف نقش میانجی گری سازگاری زناشویی در رابطه استرس مرتبط با ناباروری و پریشانی هیجانی در زنان نابارور مراجعه کننده به کلینیک ناباروری شهید بهشتی اصفهان انجام گرفته است.

روش کار

روش این پژوهش همبستگی از نوع علی بود و به این منظور ۲۰۰ زن با تشخیص ناباروری اولیه مراجعه کننده به مرکز ناباروری شهید بهشتی اصفهان در زمستان ۱۳۹۷ به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه های مشکل باروری نیوتن، سازگاری زناشویی اسپینز، افسردگی بک و اضطراب حالت و صفت اسپیلبرگر پاسخ دادند. برای مدل سازی معادلات ساختاری از نرم افزار AMOS22 استفاده شد.

نتایج

نتایج نشان داد که سازگاری زناشویی میانجی کننده جزئی تأثیر استرس مرتبط با ناباروری بر پریشانی هیجانی است. به عبارت دیگر استرس مرتبط با ناباروری، پریشانی هیجانی را افزایش می دهد و این تأثیر با وجود سازگاری زناشویی کمتر در افراد نابارور بیشتر می گردد.

نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که استرس مرتبط با ناباروری بر پریشانی هیجانی هم تأثیر مستقیم و هم غیرمستقیم دارد و سازگاری زناشویی میانجی کننده جزئی تأثیر استرس مرتبط با ناباروری بر پریشانی هیجانی بود. لذا با کاهش استرس مرتبط با ناباروری می توان سازگاری زناشویی را افزایش داد و پریشانی هیجانی (اضطراب و افسردگی) را در زنان نابارور بهبود بخشید.

کلیدواژه ها

استرس مرتبط با ناباروری، سازگاری زناشویی، زنان نابارور
پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

محبوبه هادی سیجانی^۱

ایلناز سجادیان^{*۲}

^۱ دانشجوی رشته روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

^۲ دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

Email: i.sajjadian@gmail.com

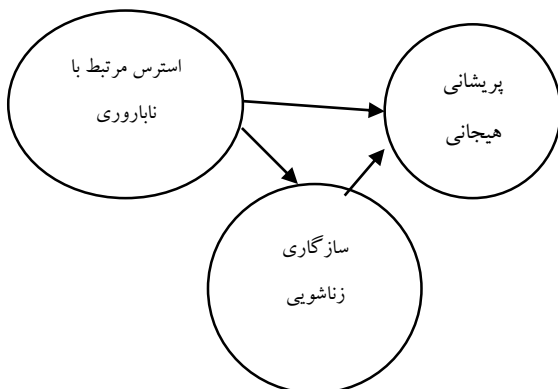
مقدمه

از نظر بالینی، ناباروری نوعی بیماری سیستم تناسلی است که به صورت عدم وقوع بارداری در طی ۱۲ ماه یا بیش از این مدت با وجود رابطه جنسی منظم و بدون استفاده از روش‌های پیشگیری تعریف می‌شود (۱). در فرهنگ شرقی، تولید مثل یکی از بالاترین ارزش‌ها می‌باشد و هنگامی که فرزندآوری غیرممکن به نظر می‌آید، ممکن است بحران روانی در زوجین نابارور رخ دهد (۲). پژوهش‌های متعددی نشان می‌دهد که ناباروری و نگرش نسبت به آن زوجین را با آشفتگی‌های هیجانی مواجه می‌سازد (۳). از جمله استرس‌هایی که ساختار روانی و روابط بین فردی شخص را به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد استرس ناشی از ناباروری است.

استرس مرتبط با ناباروری مجموعه‌ای از نشانه‌ها است که به دنبال ابتلا به ناباروری در افراد بروز می‌کند و مشابه بسیاری از علائم اختلالات ناشی از استرس پس از حادثه می‌باشد و به ویژه در افکار و احساسات مربوط به ناباروری و تلاش برای رهایی از این افکار و احساسات صدق می‌کند. مشکلات خواب، کار، روابط (به ویژه روابط زناشویی)، حساسیت دردناک نسبت به هر گونه محرک محیطی مربوط به تولید مثل نیز در افرادی که از ناباروری رنج می‌برند مشاهده می‌شود (۴). بر اساس مطالعات اودن و همکاران (۵) ناباروری پس از وقایع پراسترس زندگی مانند مرگ والدین، مرگ همسر و خیانت همسر در رتبه چهارم قرار دارد. صرف نظر از این که، کدام یک از زوجین نابارور است، ناباروری به عنوان شرایطی استرس‌آمیز در نظر گرفته می‌شود اگرچه زنان و مردان به یک میزان علت ناباروری می‌باشند، اما یک تعصب و جانبداری اجتماعی وجود دارد که ناباروری را یک مشکل زنانه می‌داند و مردان حاضر نیستند که برای هر نوع از ناتوانی یا بیماری سرزنش شوند و دیگران آنها را به عنوان یک مرد ضعیف بشناسند. به همین دلیل نیز زنان با مسائل و مشکلات خانوادگی و اجتماعی بیشتری نسبت به مردان، روبرو می‌باشند (۶). تحقیقات زیادی در سرتاسر جهان نشان می‌دهد که زنان بار اصلی ناباروری را به دوش می‌کشند. این

بار ممکن است شامل سرزنش به دلیل شکست در فرزند-آوری، پریشانی، اضطراب، غم و اندوه، ترس، تهدید به ترک و طلاق، طرد از اجتماع و چندهمسری شود (۷). استرسی که زوج‌های نابارور تجربه می‌کنند بیش از آنکه دلیلی بر بروز ناباروری در نظر گرفته شود، می‌تواند نتیجه ناباروری تلقی شود. در سراسر جهان از هر ۶ زوج، یک زوج در سنین باروری دچار این مشکل می‌باشد که این مسئله منجر به شکل‌گیری مشکلات روان‌شناختی متعددی در میان زوج‌ها می‌گردد (۸). اگرچه میزان ناباروری به طور قابل توجهی در میان کشورهای مختلف متفاوت است، اما این پدیده در سراسر جهان توسط سازمان بهداشت جهانی به عنوان یک مسئله بهداشت عمومی و تهدیدکننده بالقوه ثبات در افراد، روابط و جوامع شناخته شده است. در جوامع توسعه یافته، نداشتن فرزند داوطلبانه است و گزینه‌ای مناسب برای رشد و ترقی و مشارکت اجتماعی و سیاسی زنان در نظر گرفته می‌شود. در مقابل، ناباروری در کشورهای در حال توسعه، به ویژه جوامع اسلامی، به معنای بدن بیمار و هویت بشری تکمیل یافته نشده است که پیامدهای مستقیم اجتماعی، فرهنگی، روانی و اقتصادی دارد. ناباروری و فرایند درمان آن یک منبع رنج روانی برای زنان نابارور ایرانی است که تاثیرات مخربی بر بهزیستی روان‌شناختی افراد نابارور و زوجین دارد (۹) و در سطح شخصی، واکنش‌های روانی در مقابل ناباروری شامل هویت منفی، حس بی‌ارزشی، افسردگی، نبود کنترل شخصی، خشم و رنجش، اضطراب و استرس و سطح پایین رضایت‌مندی از زندگی را ایجاد می‌کند (۱۰). مطالعات صورت گرفته توسط مایز (۱۱) نشان داد، زنانی که ناباروری را تجربه می‌کنند سطوح بالاتری از پریشانی روان‌شناختی را از خود بروز می‌دهند. در واقع در زمینه نشانه‌های افسردگی، ۳۵/۴۴ درصد زنان نابارور در مقایسه با ۱۹/۴۷ درصد زنان بارور، امتیاز بالاتر از حد مشخص شده را کسب نموده‌اند. بویون (۱۲) در پژوهشی دریافت که آمادگی زنان برای ابتلا به اختلال‌های روانی به ویژه افسردگی بیشتر است و افزایش طول مدت

تعدیل می‌کند (۱۹). همچنین پژوهش‌ها در سال‌های گذشته نشان داده که سازگاری زناشویی در زندگی زوج‌ها پیامدهای مثبت فراوانی داشته و عدم سازگاری آنها با هم، عواقب انکارناپذیری بر سلامتی و رابطه‌ی آنان به دنبال خواهد داشت. گانا و جاکوبسکا در پژوهش خود نشان داده‌اند که استرس مرتبط با ناباروری با پریشانی روانشناختی به واسطه سازگاری زناشویی اثر دارد (۲۰). بر اساس یافته‌های نظری موجود، مدل مفهومی پژوهش حاضر در شکل ۱ ارایه گردیده است. مروری بر مطالعات نشان داده است که مطالعات اندکی تاثیر استرس مرتبط با ناباروری بر سازگاری زناشویی و پریشانی روانشناختی مرتبط با ناباروری را مورد بررسی قرار داده‌اند بر این اساس این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سوال پژوهشی انجام شد که آیا سازگاری زناشویی رابطه‌ی بین استرس مرتبط با ناباروری با پریشانی روانشناختی را میانجی‌گری می‌کند؟



شکل ۱- مدل مفهومی پژوهش

روش کار

روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. یک نمونه ۲۰۰ نفری از شرکت‌کنندگان که همگی با تشخیص ناباروری اولیه (بدون سابقه بچه‌دار شدن) با روش نمونه‌گیری در دسترس به شرکت در این پژوهش دعوت شدند. این شرکت‌کنندگان در حال گذراندن مشاوره پزشکی درمان‌های کمک باروری در مرکز ناباروری شهید بهشتی اصفهان در تابستان ۱۳۹۷ بودند. بعد از اخذ مجوز از مراکز ذیربط، شرکت‌کنندگان به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. سن

درمان نازایی، سبب افزایش میزان افسردگی در آنها می‌شود. همچنین فرایندهای درمانی، خود عامل مستعدکننده اضطراب و افسردگی در ۲۰ تا ۴۰ درصد از زنان نابارور می‌باشند و حتی بار عاطفی ناشی از ناباروری در ۲۰ درصد از زنان نابارور پس از درمان موفقیت‌آمیز به صورت مقاوم باقی می‌ماند. تنظیم هیجان، یکی از عوامل بهزیستی و کنش‌وری موفق می‌باشد که نقش مهمی در سازگاری با وقایع استرس-زای زندگی دارد و مهارتی مهم در مواجهه با مشکلات فردی و اجتماعی به شمار می‌آید (۱۳). اشخاصی که نمی‌توانند در مقابل چالش‌های روزانه، پاسخ‌های هیجانی خود را تنظیم کنند، دوره‌های شدیدتر و طولانی‌تری از پریشانی هیجانی را تجربه می‌کنند. دوره‌هایی که در نهایت ممکن است به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی منجر شود (۱۴). ناباروری برای بسیاری از زوجین بحرانی عمده و از نظر روانی، پرتنش می‌باشد و مشکلات مهمی را در رابطه زوج‌ها ایجاد می‌کند (۱۵) و زنان و مردان نابارور مشکلاتی در سازگاری زناشویی نشان داده‌اند (۱۰). موندول سازگاری زناشویی را یک فرایند تکاملی در رابطه بین زوجین می‌داند که به حالتی از تطابق در حوزه‌های مختلف زوجین که ممکن است در آنها تعارض وجود داشته باشد اطلاق می‌شود (۱۶). در مطالعه‌ی کیم و همکاران زنان نابارور سطح بالاتری از افسردگی و سطح پایین‌تری از سازگاری زناشویی را در مقایسه با همسرانشان نشان دادند (۱۷). بنابر پژوهش لی و همکاران، رابطه‌ی منفی معناداری بین سازگاری زناشویی و سلامت روان زنان نابارور به دست آمد (۱۸). نتایج پژوهش ایوردچسکو و همکاران بر روی ۷۶ زوج نابارور که تحت درمان‌های پزشکی ناباروری بین سالهای ۲۰۱۸ و ۲۰۱۹ قرار داشتند نشان داد که ناباروری بار روانی قابل توجهی برای زوجین به همراه دارد و هرچه مدت آن بیشتر باشد، سطح استرس و پریشانی نیز بالاتر می‌رود و زنان در برابر عواقب روانشناختی آن آسیب‌پذیرتر هستند. همچنین نتایج نشان داد که سازگاری زناشویی با میزان اختلالات عاطفی رابطه منفی دارد و حمایت اجتماعی رابطه بین اضطراب و سازگاری زناشویی را در زوجین نابارور

ناباروری ۰/۹۱ برآورده شده است (۲۲) آلفای کرونباخ این ابزار در مطالعه‌ی حاضر ۰/۹۱ محاسبه گردید.

پرسشنامه سازگاری زناشویی: این پرسشنامه خود گزارشی توسط بی اسپنیر در سال ۱۹۷۶ به منظور سنجش سازگاری و ارزیابی کیفیت زناشویی یا هر دو نفری که با هم زندگی می‌کنند تنظیم شده است و می‌توان با به دست آوردن نمرات کل از این ابزار برای اندازه‌گیری رضایت کلی در یک رابطه استفاده کرد. تحلیل عاملی نشان می‌دهد که این مقیاس چهار بعد را می‌سنجد و داری ۳۲ ماده می‌باشد همچنین این مقیاس دارای ۶ مقیاس طیف لیکرت برای پاسخ‌گویی از صفر تا ۵ می‌باشد که صفر برای همیشه ناموافق و ۵ برای همیشه موافق است. این ۴ بعد عبارتند از رضایت زناشویی، همبستگی زناشویی، توافق زناشویی و ابراز محبت. نمره‌گذاری مقیاس از صفر تا ۱۵۱ می‌باشد. کسب نمره ۱۰۱ و بیشتر نشان‌دهنده سازگاری بیشتر و رابطه بهتر و نمره‌های پایین‌تر از آن نشان‌دهنده سازگاری کمتر می‌باشد اسپنیر پایایی ۰/۹۶ را از روش آلفای کرونباخ برای این مقیاس برآورد کرده و همبستگی ۰/۷۵ گزارش داد که نشان‌دهنده همسانی درونی قابل توجه است (۲۳). آلفای کرونباخ این ابزار در مطالعه‌ی حاضر ۰/۹۰ محاسبه گردید.

پرسشنامه افسردگی: پرسشنامه‌ی افسردگی بک (BDI-II) نسخه‌ی جدید یک پرسشنامه ۲۱ آیتمی خودگزارشی برای سنجش شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا است. این پرسشنامه به عنوان یک آزمون ناوابسته به فرهنگ شناخته شده و ماده‌های مورد بحث آن اختصاص به محیط اجتماعی ندارد و حتی مخصوص هیچ طبقه اقتصادی یا تحصیلی معینی نیست. پرسش‌نامه افسردگی بک از نوع آزمون‌های خودسنجی است و این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه‌ی نمرات آن از حداقل صفر تا ۶۳ است آزمودنی باید روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از صفر تا ۳ به آن پاسخ دهد. مقایسه‌ی روایی سازه از طریق روایی همگرا و اجرای همزمان آن با مقیاس ناامیدی بک (۰/۶۸)، افکار

میانگین شرکت‌کنندگان ۳۱/۱۸ سال بود با انحراف معیار ۵/۵۸ که دامنه‌ی سنی آنها از ۱۹ سال به بالا بود. شرکت‌کنندگان به صورت میانگین ۵/۹۴ و با انحراف معیار ۴/۶۶ سال برای بچه‌دار شدن در تلاش بودند. به شرکت‌کنندگان در مورد داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش و محرمانه بودن نتایج پرسشنامه‌ها، اطلاعات لازم داده شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها نرخ پرسشنامه‌های قابل استفاده در مراحل پژوهش ۹۱/۵ درصد بود. بر اساس نتایج، ۸۰ نفر از افراد نمونه، (۴۳/۷ درصد) از حجم نمونه، تحصیلات کارشناسی داشتند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

پرسشنامه استرس ناباروری که در اصل پرسشنامه مشکلات باروری نام دارد توسط نیوتن و همکارانش در مرکز علوم بهداشتی لندن در سال ۱۹۹۹ ساخته شد. این پرسشنامه یک معیار اندازه‌گیری چند بعدی است و دارای ۴۶ ماده بر اساس یک رویکرد جامع می‌باشد که در طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافق نمره-گذاری می‌شود. نمره ۱ برابر با کاملاً مخالف و نمره ۶ برابر با کاملاً موافق می‌باشد. نمره کل بالاتر از ۷۹ نشان می‌دهد که سطح بالایی از استرس ناشی از ناباروری وجود دارد. این پرسشنامه بعد از تحلیل عاملی دارای ۵ زیر مقیاس است که عبارتند از: نگرانی اجتماعی، نگرانی جنسی، نگرانی ارتباطی، نگرانی از سبک زندگی بدون فرزند و نیاز به والد شدن. همچنین برای بررسی پایایی از همسانی درونی استفاده شده و آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس نگرانی اجتماعی ۰/۸۷، نگرانی جنسی ۰/۷۷، نگرانی ارتباطی ۰/۸۲، نگرانی از سبک زندگی بدون فرزند ۰/۸۰، و نیاز به والد شدن ۰/۸۴ محاسبه شده است (۲۱). در ایران نیز علیزاده و همکاران در سال ۱۳۸۴ روایی و پایایی این ابزار را بررسی کرده‌اند. برای بررسی روایی از روایی صوری استفاده شد. همچنین پایایی به روش آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های نگرانی‌های اجتماعی ۰/۷۸، جنسی ۰/۷۷، ارتباطی ۰/۷۸، سبک زندگی بدون فرزند ۰/۷۵ و نیاز به والد شدن ۰/۸۴ و برای کل استرس

داده های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS23 و AMOS22 در سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شد. جهت بررسی فرضیه های پژوهش بر اساس مدل مفهومی پژوهش با استفاده از نرم افزار معادلات ساختاری AMOS تدوین شد. نتایج همبستگی درونی همه متغیرهای پژوهش در جدول ۱ نشان می دهد روابط متغیرها معنی دار به دست آمده است.

جدول ۱- ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	استرس	سازگاری	افسردگی اضطراب حالت
متربط با ناباروری <td></td> <td></td> <td></td>			
استرس مرتبط با ناباروری <td></td> <td></td> <td></td>			
سازگاری <td>۰/۵۴۲**</td> <td></td> <td>**</td>	۰/۵۴۲**		**
زناشویی <td></td> <td></td> <td></td>			
افسردگی <td>۰/۶۵۲**</td> <td>۰/۵۳۴**</td> <td></td>	۰/۶۵۲**	۰/۵۳۴**	
اضطراب حالت <td>۰/۶۱۲**</td> <td>۰/۵۹۵**</td> <td>۰/۶۸۹**</td>	۰/۶۱۲**	۰/۵۹۵**	۰/۶۸۹**
اضطراب صفت <td>۰/۶۵۵**</td> <td>۰/۵۶۷**</td> <td>۰/۷۳۲**</td>	۰/۶۵۵**	۰/۵۶۷**	۰/۷۳۲**
	** (p < ۰/۰۱)		* (p < ۰/۰۵)

نتایج همبستگی درونی متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۱ تایید شد که نشان دهنده همبستگی معنی دار متغیرهای پژوهش است. همچنین الگوی تاثیر استرس مرتبط با ناباروری بر پریشانی هیجانی با توجه به نقش میانجی سازگاری زناشویی در تصویر ۲ نشان داده شده است.

خودکشی (۰/۳۷)، اضطراب بک (۰/۶۰) و مقیاس تجدید نظر شده درجه بندی روانپزشکی افسردگی همیلتون (۰/۷۱) و مقیاس تجدید نظر شده درجه بندی روانپزشکی اضطراب همیلتون (۰/۴۷) محاسبه گردید (۲۴) آلفای کرونباخ این ابزار در مطالعه ی حاضر ۰/۹۳ محاسبه گردید.

پرسشنامه اضطراب حالت-صفت: نخستین فرم این پرسشنامه، در سال ۱۹۷۰ توسط اسپیلبرگر و همکاران ارائه گردید و در سال ۱۹۸۳ مورد تجدید نظر قرار گرفت. هدف اصلی از تجدید نظر، این بود که اندازه خالصی از اضطراب تهیه شود تا مبنای محکمی برای تشخیص افتراقی بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی از افسردگی فراهم شود. فرم تجدید نظر شده ۴۰ سوالی است که از سوال ۱ تا ۲۰ اضطراب حالت (آشکار) با طیف لیکرت چهار گزینه ای (به هیچ وجه ، گاهی ، عموماً و خیلی زیاد)، از سوال ۲۱ تا ۴۰ اضطراب صفت (پنهان) با چهار گزینه (تقریباً هرگز، گاهی اوقات، بیشتر اوقات و تقریباً همیشه) شامل می شود. (۲۵). مهram در مطالعه ای ضریب پایایی مقیاس اضطراب حالت، اضطراب صفت و کل به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۰ و ۰/۹۴ به دست آورد. برای مطالعه ی روانی از شیوه ی ملاکی همزمان استفاده شد که براساس این مطالعه در هر دو مقیاس اضطراب صفت و حالت بین گروه هنجار و ملاک تفاوت معناداری به دست آمد (۲۶). آلفای کرونباخ این ابزار در مطالعه ی برای اضطراب حالت ۰/۹۲ و برای اضطراب صفت ۰/۹۳ محاسبه گردید.

نتایج

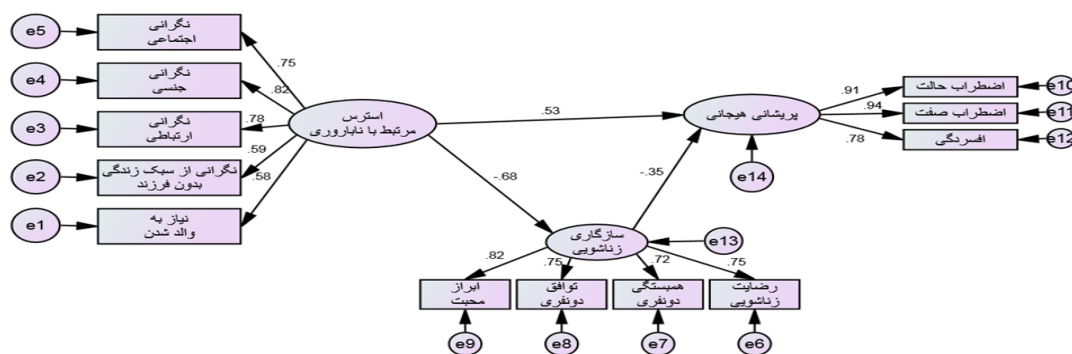
جدول ۲- شاخص های کلی برازش در الگوی های تحلیل عاملی تأییدی

شاخص های برازش	الگوها
مطلق	مطلق
تطبیقی	مقتصد
سایر	سایر

هولتر	RMSEA ^۸	CMIN\DF ^۷	PCFI ^۶	CFI ^۵	TLI ^۴	P ^۳	DF ^۲	CMIN ^۱	
۳۴۸	۰/۰۰۱	۰/۹۵	۰/۵۵۸	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۰/۳۳	۱	۰/۹۵	پریشانی هیجانی
۲۰۷	۰/۰۷۸	۱/۶۶	۰/۵۸۷	۰/۹۷۵	۰/۹۷۹	۰/۰۲۱	۵	۱۳/۳۰۳	استرس مرتبط با ناباروری
۲۶۴	۰/۰۷۹	۳/۱۸	۰/۵۸۸	۰/۹۸۵	۰/۹۵۵	۰/۰۴۱	۲	۶/۳۶۵	سازگاری زناشویی
۱۹۹	۰/۰۸۶	۲/۳۵	۰/۷۶۴	۰/۸۹	۰/۸۷۲	۰/۰۰۱	۱۶۳	۳۸۲/۶۳۱	اضطراب حالت
۲۰۱	۰/۰۷۸	۲/۱۰۵	۰/۷۷۴	۰/۸۹۲	۰/۸۷۵	۰/۰۰۱	۱۶۵	۳۴۷/۳۴۵	اضطراب صفت
۲۲۸	۰/۰۵۸	۱/۶۲۲	۰/۸۳۳	۰/۹۲۵	۰/۹۱۷	۰/۰۰۱	۱۸۹	۳۰۶/۵۴۱	افسردگی

در جدول ۳ شاخص‌های کلی برازش الگو ارائه گردیده است. براساس نتایج به دست آمده، شاخص کای اسکوتر نسبی برابر با ۱/۷۹۴ و پایین تر از ۵ است که نشان می‌دهد الگو وضعیت مناسبی برخوردار است. مقدار PCFI نیز به عنوان شاخص نیکویی برازش بالاتر از ۰/۵ و مطلوب است. هم چنین مقدار شاخص‌های تطبیقی TLI و CFI بالاتر از ۰/۹ است. مقدار RMSEA نیز به عنوان مهم ترین شاخص برازش کلی برابر با ۰/۰۶۶ است و نشان می‌دهد که به طور کلی الگو از برازش مطلوبی برخوردار است. شاخص هولتر نیز برابر با ۱۵۴ و نشان می‌دهد حجم نمونه برای بررسی برازش مدل کافی بوده است.

براساس نتایج به دست آمده در جدول ۲، شاخص کای دو اسکوتر نسبی در هر شش مدل تحلیل عاملی تأییدی از ۵ کمتر است که نشان می‌دهد این الگوها از وضعیت قابل قبولی برخوردار است. مقدار شاخص‌های تطبیقی TLI و CFI نیز به جز در دو مدل اضطراب صفت و حالت که نزدیک به ۰/۹ است در سایر مدل‌ها از ۰/۹ بیشتر است. مقدار PCFI نیز به عنوان شاخص نیکویی برازش در همه مدل‌ها بالاتر از ۰/۵ و مطلوب است. مقدار RMSEA نیز به عنوان مهم ترین شاخص برازش کلی در همه مدل‌ها کمتر از ۰/۰۸ است و نشان می‌دهد که به طور کلی الگوها از برازش تا حدودی مناسب برخوردار است.



شکل ۲- الگوی تاثیر استرس مرتبط با ناباروری بر پریشانی هیجانی با توجه به نقش میانجی سازگاری زناشویی

1. Chi-Square

2. Degree of Freedom

3. P value

4. Tucker-Lewis Index

5. Comparative Fit Index

6. Parsimonious Comparative Fit Index

7. Normed Chi-Square

8. Root Mean Squared Error of Approximation

ناباروری بر پریشانی هیجانی برابر با ۰/۲۴۲ می باشد که معنی داری آن برابر با ۰/۰۱۴ و صفر بین کران بالا و پایین نیست که نشان دهنده معنی داری این اثر غیرمستقیم است به این ترتیب اثر غیرمستقیم استرس مرتبط با ناباروری بر پریشانی هیجانی نیز معنی دار است. با توجه به آن که اثر مستقیم در این الگو نیز معنی دار شده است، نشان می دهد که سازگاری زناشویی میانجی کننده جزئی تأثیر استرس مرتبط با ناباروری بر پریشانی هیجانی است. به عبارت دیگر استرس مرتبط با ناباروری، پریشانی هیجانی را افزایش می دهد و این تأثیر با وجود سازگاری زناشویی کمتر در افراد نابارور بیشتر می گردد.

بحث

ناباروری یک وضعیت استرس زا است که هر دو از زوجین را درگیر می کند، بنابراین این گونه استدلال شده است که استرس مرتبط به مساله فرزندآوری باعث ایجاد پریشانی هیجانی می شود و رابطه ی زناشویی زوجین را تحت تأثیر قرار می دهد. دامنه ی وسیعی از مقالات در مورد فرایند استرس-اضطراب وجود دارد که خطر در معرض استرس بودن را برای سلامت جسمانی و ذهنی تأکید می کند (۲۷)، با این حال پژوهش های پیشین در مورد رابطه ی بین استرس مرتبط با ناباروری و رضایت زناشویی، نتایج متناقضی را عرضه داشته اند (۲۸،۲۹). هدف اصلی پژوهش فعلی، کاوش بیشتر در تأثیر استرس مرتبط با ناباروری بر روی پریشانی هیجانی با نقش میانجی گری سازگاری زناشویی در میان یک نمونه از بیماران نابارور مراجعه کننده به کلینیک ناباروری شهر اصفهان با هدف معادلات ساختاری بود.

نتایج همبستگی در جدول ۱ نشان داد که رابطه ی بین سازگاری زناشویی با استرس مرتبط با ناباروری معنی دار بود ($p < 0/01$)، و این نشان می دهد که با افزایش استرس مرتبط با ناباروری، سازگاری زناشویی کاهش می یابد. طبق مطالعات پیشین که توسط نیوتون و همکاران صورت گرفت مشخص شد که سطوح بالاتر سازگاری زناشویی با نمرات پایین تر استرس ناباروری همراه است و سازگاری زناشویی

جدول ۳- شاخص های کلی برازش در الگوی تأثیر استرس ناباروری بر پریشانی هیجانی با توجه به نقش میانجی سازگاری زناشویی

نرمال بودن چند متغیره	شاخص های برازش			
ضری نسبت ب بحر	مطلق	تطبیقی	مقتصد	سایر
مرد یا نی				
۹/۱۸	RMSE	CFI	PCF	CMIN\
۲/۸۷	۱/۱۸	۰/۹۵۸	۰/۹۶۸	۰/۹۵۸
۴	P	TLI	DF	A
۹/۴۶۹	۵۱	۰/۰۰۱	۱/۷۹۴	۰/۰۶۶
۱	۱۵۴			

نتایج اثرات کل، مستقیم و غیر مستقیم استرس مرتبط با ناباروری بر پریشانی هیجانی در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴- برآورد اثرات کل، مستقیم و غیر مستقیم استرس مرتبط با ناباروری بر پریشانی هیجانی

اثرات	برآورد	سطح حد پایین	سطح حد بالا	برآورد غیر سطح استاندارد معنی	سطح استاندارد معنی	داری
کل	۰/۷۶۷	۰/۰۱۲	۰/۶۷۶	۰/۸۶	۱/۸۲۸	۰/۰۱۴
مستقیم	۰/۵۲۶	۰/۰۰۷	۰/۳۴۹	۰/۷۰۸	۱/۲۵۲	۰/۰۰۶
غیرمستقیم	۰/۲۴۲	۰/۰۱۴	۰/۱۲	۰/۳۷	۰/۵۷۶	۰/۰۲

نتایج در جدول ۴ نشان می دهد، اثرات کل استرس مرتبط با ناباروری بر پریشانی هیجانی که حاصل جمع اثر مستقیم استرس مرتبط با ناباروری بر پریشانی هیجانی و اثرات غیر-مستقیم آن ها از طریق سازگاری زناشویی است، در برآورد استاندارد اثر کل برابر با ۰/۷۶۷ و معنی داری آن ۰/۰۱۲ است و صفر بین کران بالا و پایین نیست که نشان دهنده معنی داری اثرات کل است. اثر مستقیم استرس مرتبط با ناباروری بر پریشانی هیجانی برابر با ۰/۵۲۶ و معنی داری آن ۰/۰۰۷ حاصل شده است که کمتر از ۰/۰۵ و صفر بین کران بالا و پایین آن نیست و نشان دهنده معنی دار بودن این اثر است در نتیجه تأثیر مستقیم استرس مرتبط با ناباروری بر پریشانی هیجانی معنی دار است. اثرات غیرمستقیم استرس مرتبط با

و افسردگی در افراد نابارور کاهش می‌یابد و این متغیر به عنوان یک متغیر حفاظتی در این زمینه عمل می‌کند. به بیان دیگر، اگر زوجین به این شناخت رسیده باشند که رابطه‌ی خود را مستحکم نمایند و فضای روانی آرام‌بخشی را ایجاد نمایند، اضطراب حالت و حتی اضطراب صفت کمتری را ادراک می‌کنند و دیگر خود یا دیگری را عامل مشکل نمی‌دانند و کمتر دچار افسردگی خواهند شد. مطالعات برگویس (۳۵) و پترسون و همکاران (۳۶) نشان داد که حمایت زوجین از یکدیگر و سازگاری بین آنها، در فرایند درمان کمک بزرگی در کاهش استرس مرتبط با ناباروری می‌کند و سبب صمیمیت زوجین و درک متقابل بیشتر در آنها می‌شود، زنانی که همسرانشان آنها را در درمان‌های زمان بر ناباروری همراهی می‌کنند حس بهتری دارند و استرس مرتبط با ناباروری کمتری را تجربه می‌کنند و امید به درمان بیشتری دارند.

همچنین، نتایج جدول ۴، حاکی از آن بود که سازگاری زناشویی میانجی‌گر تأثیر استرس مرتبط بر ناباروری بر پریشانی هیجانی است به گونه‌ای که استرس مرتبط با ناباروری، پریشانی هیجانی (اضطراب حالت-صفت و افسردگی) را در افراد نابارور افزایش می‌دهد و این تأثیر با وجود سازگاری زناشویی پایین در افراد نابارور بیشتر می‌گردد. با توجه به نتیجه بدست آمده می‌توان گفت در صورت وجود استرس ناباروری چنانچه زوجین بتوانند ارتباط عاطفی خوبی را با همدیگر داشته باشند و زمینه‌های حمایتی از خود را با وجود مشکلات ناباروری فراهم کنند، پریشانی روانشناختی کمتری را تجربه خواهند نمود ولی اگر با وجود استرس‌های موجود روابط و سازگاری زناشویی هم مناسب نباشد پیامد آن پریشانی هیجانی بیشتر خواهد بود و دور باطلی را ایجاد خواهد نمود. بدین معنا که استرس مرتبط با ناباروری، اضطراب صفت در افراد نابارور را افزایش می‌دهد و این تأثیر با وجود سازگاری زناشویی پایین در افراد نابارور بیشتر می‌گردد. شکست در امر باروری به طور عمیقی زوج‌ها را متاثر می‌سازد و مساله‌ای فردی و خانوادگی و اجتماعی

بیشتر می‌تواند به عنوان یک عامل حمایت کننده در مقابل استرس‌های ناباروری محسوب شود (۱۶) در یک مطالعه که توسط گولس (۳۰) انجام گرفت زنان و مردان نابارور، مشکلات سازگاری زناشویی بیشتری نسبت به گروه کنترل نشان دادند. این یافته از پژوهش با یافته‌های گانا و جاکوبسکا (۲۰) کرایبی (۳۱) و ایزدی و سجادیان (۳۲) همسو است. در مقابل نتایج متناقضی در این زمینه در پژوهش جنیدی و همکاران (۳۳) به دست آمده است که روابط زوجین در زمان فرایند ناباروری محکم‌تر می‌شود و مراحل درمان ناباروری نه تنها نمی‌تواند خطری برای سازگاری زناشویی باشد بلکه تقسیم استرس ناشی از آن بین زوجین و گذشت زمان می‌تواند ارتباط زناشویی را استحکام بخشد و صمیمیت زوج‌ها را افزایش دهد.

همچنین طبق نتایج جدول ۱، ارتباط استرس مرتبط با ناباروری با پریشانی هیجانی (افسردگی، اضطراب حالت و صفت) معنی‌دار بود ($p < 0/01$)، به گونه‌ای که با افزایش استرس مرتبط با ناباروری، اضطراب حالت، صفت و افسردگی در افراد نابارور افزایش می‌یابد. این یافته از پژوهش در مواردی با یافته‌های لاکاتوس (۳۴)، گانا و جاکوبسکا (۲۰) و رمضان زاده و همکاران (۱۰) همسو است. زنان نابارور اغلب باروری را تنش‌زاترین حادثه زندگی دانسته و دوره‌های مکرر و متوالی درمان را به عنوان دوره‌های مکرر بحران توصیف می‌کنند. با افزایش استرس برای آنان در طولانی مدت اضطراب نیز افزایش پیدا می‌کند. اضطراب، انرژی نامطلوبی بر عملکرد فیزیولوژیک بدن برجا گذاشته و بر نتیجه باروری تأثیر دارد. فشارهای روانی عامل کمک کننده در بروز ناباروری است. از طرف دیگر ناباروری خود، موجب افزایش اضطراب می‌شود و سیکل معیوبی را به وجود می‌آورد که توانایی زوج را در باروری بیش از پیش تضعیف می‌کند.

طبق جدول ۱ ارتباط سازگاری زناشویی با اضطراب حالت، اضطراب صفت و افسردگی منفی و معنی‌دار بود ($p < 0/01$)، به گونه‌ای که با افزایش سازگاری، اضطراب حالت، صفت

پرسشنامه استفاده گردید. پیشنهاد می شود در مطالعات آتی پژوهش در مقاطع زمانی و مکانی دیگر و بر زوجین اجرا گردد. همچنین نقش سایر متغیرهای میانجی و تعدیگر مانند مقابله ی زوجی در رابطه ی بین روند استرس- اضطراب و کیفیت زناشویی بررسی گردد.

نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که استرس مرتبط با ناباروری بر پریشانی هیجانی هم تاثیر مستقیم و هم غیرمستقیم، معنی دار بود. و سازگاری زناشویی میانجی کننده جزئی تاثیر استرس مرتبط با ناباروری بر پریشانی هیجانی بود. با در نظر گرفتن مشکل ناباروری به عنوان یکی از بحران های اساسی زندگی زوجین در جامعه امروز و اثر گذاری آن بر ثبات و ساختار خانواده، یافتن راهکارهای هر چه موثرتر برای کاهش میزان تاثیرات منفی این رویداد بر خانواده ها از وظایف جامعه متخصصان بهداشت روان می باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله پژوهشگران از تمام شرکت کنندگان در این پژوهش، اعم از زنان نابارور و کادر پزشکی کلینیک ناباروری بیمارستان شهید بهشتی اصفهان که با سعه صدر در به انجام این کار پژوهشی یاری نمودند، کمال سپاس و تشکر خود را اعلام می نمایند.

تعارض منافع

در این مقاله هیچ گونه تضاد منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

است که با عوامل تنش زای متعددی همراه است. زوجین به هنگام رو به رو شدن با ناباروری، مشکلات متعددی مانند کاهش ارتباط با یکدیگر و اطرافیان، اشکال در فعالیت جنسی، تصمیم گیری در زندگی، اختلال عاطفی و هیجانی دارند. چنانچه زوجین بتوانند روابط خود را مستحکم تر نمایند خواهند توانست اضطراب که گاهی به عنوان جزئی از ویژگی های زوجین در خصوص ناباروری بوجود آمده تعدیل گردد و گرنه با توجه به مشکلات و استرسورها اضطراب به عنوان صفت در زوجین قابل مشاهده است. سازگاری زناشویی میانجی گر تاثیر استرس مرتبط بر ناباروری بر افسردگی است نیز مورد تایید قرار گرفت به گونه ای که استرس مرتبط با ناباروری، افسردگی در افراد نابارور را افزایش می دهد و این تاثیر با وجود سازگاری زناشویی پایین در افراد نابارور بیشتر می گردد. با توجه به جدول ۴ تاثیر استرس مرتبط با ناباروری بر پریشانی هیجانی که حاصل جمع اثر مستقیم استرس مرتبط با ناباروری بر پریشانی هیجانی و اثرات غیرمستقیم آن ها از طریق سازگاری زناشویی معنی دار بود. در نتیجه تاثیر مستقیم استرس مرتبط با ناباروری بر پریشانی هیجانی معنی دار بود. با توجه به اینکه اثر مستقیم در این الگو نیز معنی دار شده است، نشان می دهد که سازگاری زناشویی میانجی کننده جزئی تاثیر استرس مرتبط با ناباروری بر پریشانی هیجانی است. به عبارت دیگر استرس مرتبط با ناباروری، پریشانی هیجانی را افزایش می دهد و این تاثیر با وجود سازگاری زناشویی کمتر در افراد نابارور بیشتر می گردد.

از جمله محدودیت های این پژوهش می توان به محدود بودن نمونه به زنان و در مقطع زمانی خاص و مرکز ناباروری شهید بهشتی اصفهان اشاره نمود که تعمیم پذیری یافته ها را محدود می سازد. به علاوه در این مطالعه صرفا از داده های حاصل

References

1. Zegres-Hochschild F, Adamson GD, De Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, *et al.* International committee for monitoring assisted reproductive technology (ICMART) and the world health organization(WHO) revised glossary of ART terminology. *Fertil Steril.* 2009; 92(5):1520-4.
2. Wiersema NJ, Drukker AJ, Mai BT, Giang HN, Nguyen TN, Lambalk CB. Conferences of infertility in developing countries: results of a questionnaire and interview survey in the South of Vietnam. *J Transl Med* 2006; 4:54-65.
3. Naragon-Gainey K. Meta analysis of the relations of anxiety sensitivity to the depressive and anxiety disorders. *Psychol Bull.* 2010; 136(10):128-150.
4. LIN, Y. Counselling a Taiwanese woman with infertility problems. *Couns Psychol Q.* 2002; 15(2):209-215.
5. Oddens BJ, Tonkelaar I, Nieuwenhuysse H. Psychosocial experience in women facing fertility problems a comparative survey. *Hum reprod.*1999;14(1):255-261.
6. Inharn MC. The worms are weak: male infertility and patriarchal paradoxes in Egypt. *Psychol Men Masc.* 2003; 56:1837-1851.
7. Doudeon RD, Inhorn MC. Men`s influences on women reproductive health: Medical anthropological perspective. *Soc Sci Med.* 2004; 59:1379-1395.
8. Jamshidian QP, Aghaei A, Golparvar M. Comparing the effect of Iranian positive therapy and acceptance commitment therapy on depression, anxiety and stress of infertile women in Isfahan city. *JHPM.* 2017; 6(5):8-16. [Persian]
9. Azghdy SBH, Vedadhir A, Rashid BH. Psychological impact of infertility among infertile women. *J Shahid Beheshti School Nurs Midwif.* 2014; 23(83):30-45.
10. Ramezanzadeh F, Noorbala A, Abedinia N, Nazhizadeh m. Emotional adjustment in infertile couples. *Iranian J reprod med.* 2009; 7:97-103.
11. Miies LM, Keitel M, Jackson M. Predictors of distress in women being treated for infertility. *J of reproductive and infant psychology.*2009;27(3):238-257.
12. Boivin J, Griffiths E, Venetis C. Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta analysis of prospective psychosocial studies. *BMJ.* 2011; 342: 481-490.
13. Kafetsios K, Athanasiadou M, Dimou N. Leaders' and subordinates' attachment orientations, emotion regulation capabilities and affect at work: A multilevel analysis. *Leadership Quart J.* 2013; 20:119-131.
14. Hoeksema N, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspect Psychol Sci.* 2008; 3:400-424.
15. Wischmann T, Stammer H, Scherg H, Gerhard I, Verres R. Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the Heidelberg Fertility Consultation Service. *Hum Reprod.* 2001; 16 (8): 1753-61
16. Mondol J. *Marital Adjustment: Extension of psychophysical well-being.* India: LAP Lambert Academic Publishing; 2014.
17. Kim J H, Shin HS, & Yun EK. A dyadic approach to infertility stress, marital adjustment, and depression on quality of life in infertile couples. *Journal of Holistic Nursing,* 2018; 36(1), 6-14.
18. Li, X., Wang, K., Huo, Y., & Zhou, M. The effect of infertility-related stress on Chinese infertile females' mental health: The moderating role of marital adjustment. *PsyCh journal.* 2019; 8(2), 232-239

19. Iordachescu D A, Gica C, Vladislav E O, Panaltescu A M, Peltecu Gh, Furtuna M E, Gica N. Emotional disorders, marital adaptation and the moderating role of social support for couples under treatment for infertility. *Ginekologia Polska*. 2020; 91, 1-7
20. Gana K, Jakubowska S. Relationship between infertility-related stress and emotional distress and marital satisfaction. *J Health Psychol*. 2016, 21(6): 1043-1054.
21. Newton CR, Sherrard W, Glavac I. The fertility problem inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and sterility*. 1999;72:54-62.
22. Alizadeh T, Farahani MN, Shahraray M, Alizadegan S. The relationship between self esteem and locus of control with infertility related stress of no related infertile men and women. *J Reprod Infertil*. 2005;6(2).
23. Spanier GB. Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of marriage and family*. 1976, 38(1):15-28.
24. Beck AT, Steer RA, Brown G.K. Manual for the Beck Depression Inventory – II. The Psychological Corporation. Harcourt Brace & Company San Antonio. 1996.
25. Spielberger CD. Anxiety as an emotional state. In: Spielberger CD(ed.) *Anxiety: current trends in theory and research*, vol. 1. New York: academic press, pp.1972;23-49.
26. Mahram B. [Spielberger test standardization in Mashhad (Persian)]. [MA thesis]. Tehran: Allameh Tabatabaei University; 1995
27. Avison WR, Aneshensel CS, Schieman S, et al. Advances in the conceptualization of the stress process: Essays in honor of Leonard I. Pearlman. New York. 2010; springer.
28. Greil AL, Slauson-Blevins K, Mcquillan J. The experience of infertility: A review of recent literature. *Sociology of Health and Illness*. 2010;32(1):140-162.
29. Tao P, Coates R, Mycock B. Investigating marital relationship in infertility: A system review of quantitative studies. *Journal of reproduction and Infertility*. 2010;13(2):71-80.
30. Gulec G, Hassa H, Yalcin EG, Yenilmez C. The effects of infertility on sexual functions and dyadic adjustment in couples that present for infertility treatment. *Turk psikiyatri derg*. 2011; 22(3):166-176.
31. Koraei A, Dasht Bozorgi Z, Zahery Abdh Vand S. The Effect of coping strategies on coping with infertility in women: mediator role of marital quality. *Avicenna J nurs midwifery care*. 2018;26(3):191-202.
32. Izadi N, Sajjadian I. The relationship between dyadic adjustment and infertility-related stress: The mediated role of self-compassion and self-judgment. *IJPN*. 2017;5(2):15-22.
33. Joneidi E, Norani S, Mokhber N, Sakeri M. Comparison of marital satisfaction in fertile and infertile women referred to public centers in Mashhad city. *Iranian J obstet Gynecol Infertil*. 2009;12(1):7-16.
34. Lakatos E, Szigeti F, Ujma P, Balog P. Anxiety and depression among infertile women. *BMC women health*. 2017;17:48-57.
35. Berghuis JP, Stanton AL. Adjustment to a dyadic stressor: A longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt. *J consult clin psychol*. 2002;70(2):433-438.
36. Peterson BD, Newton CR, Rosen KH, Schulman RS. Coping processes of couples experiencing infertility. *Fam relate*. 2006;55(2):227-239.

Original Article

Mediating role of marital satisfaction in relation to stress associated with infertility and emotional distress in infertile women referring to infertile clinic in Isfahan city

Received: 16/06/2021 - Accepted: 04/07/2022

Mahboubeh hadi sichani ¹
Inaz sajjadian ^{2*}

¹ Student of General Psychology,
Islamic Azad University, Isfahan
Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran.

² Associate Professor, Department of
Clinical Psychology, Community
Health Research Center, Islamic Azad
University, Isfahan Branch
(Khorasgan), Isfahan, Iran

Email: i.sajjadian@gmail.com

Abstract

Introduction

The present study aims at sheeding light on the mediating role of marital adjustment in relation to infertility –related stress and emotional distress among infertile women and was conducted in Infertility Clinic of Esfahan.

Materials and Methods

Therefore, regarding the principles of entering and exiting from the research, 183 participants were selected among the infertile women in Shahid Beheshti Infertility Center who all answered Newton`s Fertility Problem Inventory, Spinner`s Marital Adjustment Inventory, Beck`s Depression Inventory and Spielberger`s State-Trait Anxiety Inventory as research tools.

Results

The results showed that marital adjustment is a partial mediator of the effect of stress associated with infertility on emotional distress. In other words, stress associated with infertility increases emotional distress, and this effect increases with infertility in spite of marital adjustment.

Conclusion

Infertility-related stress increases emotional distress and the impact will increase with a lower level of marital adjustment.

Keywords

Infertility-related stress, marital adjustment, Infertile women

Acknowledgement: There is no conflict of interest